

■ **Wissenschaftliche Hintergründe ENP<sup>®</sup>**  
(European Nursing care Pathways)

Autoren:  
Simon Berger,  
Anke Helmbold,  
Holger Mosebach  
Britta Opel,  
Pia Wietek

Stand:  
Oktober 2008

# Wissenschaftliche Hintergründe

## ■ Einleitung

Die Pflegeklassifikation ENP<sup>®</sup> (European Nursing care Pathways) wurde entwickelt, um im Rahmen einer Pflegedokumentation die Abbildung des Pflegeprozesses in einer einheitlichen, standardisierten Sprache zu ermöglichen. Damit unterstützt ENP<sup>®</sup> als Instrument die zentralen Zielsetzungen einer standardisierten Pflegefachsprache: Verbesserung der Kommunikation der Professionellen im Gesundheitswesen untereinander, die Unterstützung von Prozessabläufen (z. B. die Überleitung von einer Einrichtung in eine andere), die Leistungstransparenz der Pflege, die Unterstützung bei der Entscheidungsfindung im Pflegeprozess sowie die Datengewinnung für Qualitätsentwicklung in den Gesundheitseinrichtungen.

Durch die Struktur von ENP<sup>®</sup> sollen Pflegende bei der Entscheidungsfindung im Rahmen des Pflegeprozesses durch die Präsentation des aktuellen Fachwissens unterstützt werden. Darüber hinaus sollen durch den Einsatz standardisierter Formulierungen bei der Pflegeprozessdokumentation Daten generiert werden, die zur Hypothesenbildung/-prüfung im Rahmen der Pflegeforschung und Steuerungsprozesse im Pflegemanagement sowie Risikomanagement genutzt werden können. ENP<sup>®</sup> ist sowohl in einer Druckfassung, als Datenbank oder eingebunden in Softwareprodukte verfügbar.

ENP<sup>®</sup> kann gegliedert in drei Teilbereichen dargestellt werden, diese sind: ein **Pflegeklassifikationssystem**, **Präkombinationen** von den Elementen des Pflegeklassifikationssystems und daraus entwickelte **Praxisleitlinien**, die den Pflegenden in der Praxis fachliche Unterstützung bieten, den Pflegeprozess mit Hilfe von standardisierten Formulierungen, wie z. B. Pflegediagnosen, Kennzeichen, Ursachen, Ressourcen, Pflegeziele und Pflegeinterventionen, abzubilden.

Die drei unterschiedlichen Teilbereiche von ENP<sup>®</sup> werden im Folgenden beschrieben und ihr Aufbau in Grafiken verdeutlicht. **Teil A** der Grafik zeigt das **Pflegeklassifikationssystem** ENP<sup>®</sup>. In **Teil B** wird dargestellt, wie es zu **Präkombinationen** aus den Elementen des Pflegeklassifikationssystems kommt, die z. B. zu Pflegediagnosen und Interventionskonzepten führen. **Teil C** der Grafik verdeutlicht, wie eine Pflegediagnose durch Verknüpfungen mit Kennzeichen, Ursachen, Ressourcen, Pflegezielen und Pflegeinterventionskonzepten in eine pflegerische Praxisleitlinie überführt wird. Derzeit sind 516 pflegediagnosenbezogene Praxisleitlinien definiert. Im nachfolgenden Text wird die Einordnung der ENP<sup>®</sup> als Pflegeklassifikation und pflegediagnosenbezogene Praxisleitlinie erklärt. In der Gesamtgrafik wird der Zusammenhang der drei Teilbereiche dargestellt.

Bitte folgende Zitierweise für diesen Text angeben: Berger, Helmbold, Mosebach, Opel, Wieteck: Wissenschaftliche Hintergründe ENP<sup>®</sup>. Baar-Ebenhausen: 2008.

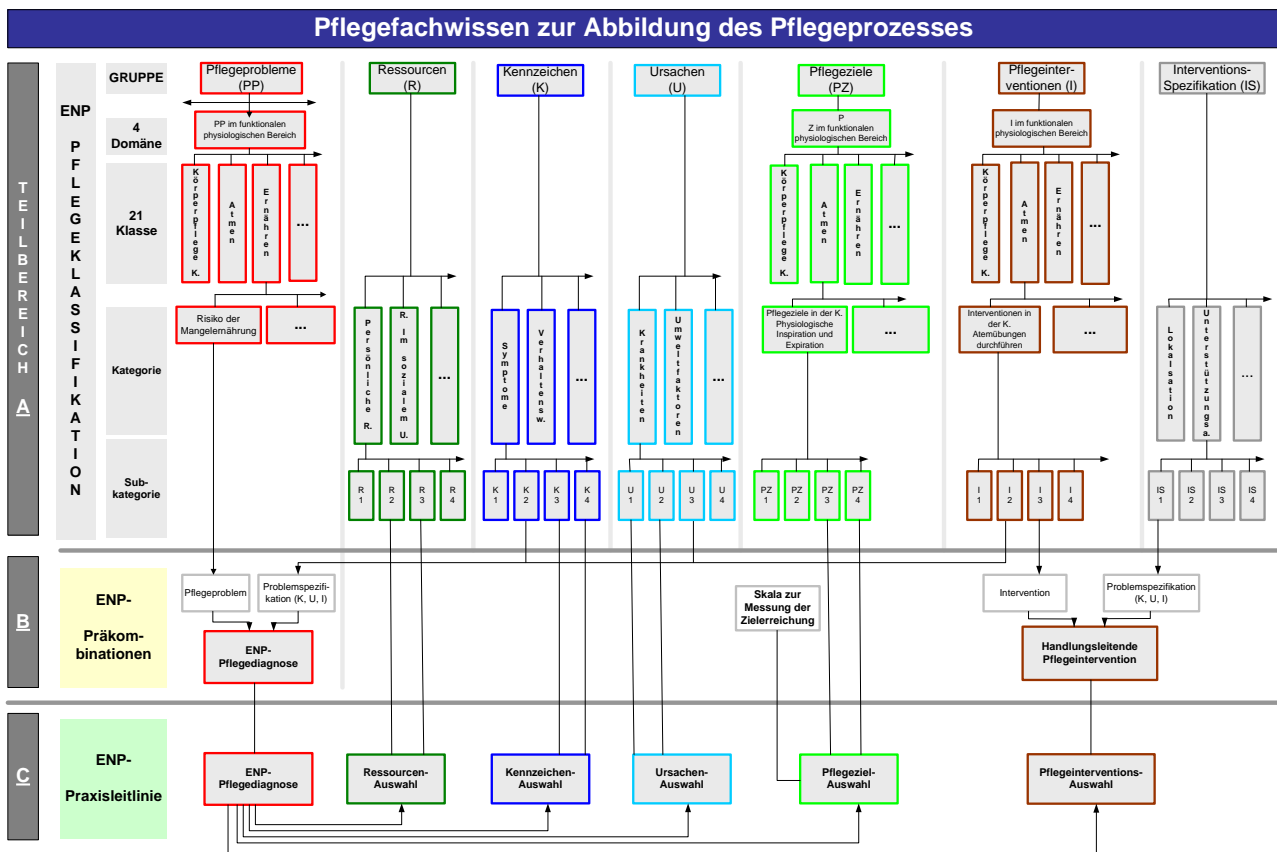


Abbildung 1: Hierarchische Struktur des Klassifikationssystems ENP<sup>®</sup> mit seinen Teilbereichen A, B und C

## 1. Teil A: Die Pflegeklassifikation ENP<sup>®</sup>

An dieser Stelle erfolgt zum besseren Verständnis zunächst ein kurzer Ausflug in die Prinzipien der Ordnungslehre. Ganz allgemein ist eine Klassifikation ein Ordnungssystem, das auf dem Prinzip der Klassenbildung beruht. Eine Klassifikation ist eine Auflistung von Begriffen, die in der Regel eine hierarchische Struktur aufweist. Der allen anderen Begriffen in der Klassifikation übergeordnete Begriff wird üblicherweise Allbegriff genannt und stellt den alles umfassenden Begriff dar. In ENP<sup>®</sup> lautet der Allbegriff „Pflegefachwissen zur Abbildung des Pflegeprozesses“. Die Begriffskette, dargestellt durch Verbindungslinien, stellt Relationen zwischen den über- und untergeordneten Begriffen her. Innerhalb der einzelnen Klassen ist das Klassifikationssystem ebenfalls hierarchisch aufgebaut. Es umfasst die Elemente: Gruppe -> Domäne -> Klasse -> Kategorie -> Subkategorie.

Die **Gruppe der Pflegeprobleme** untergliedert sich zum Beispiel in **vier Domänen** (Pflegeprobleme im funktionalen/physiologischen Bereich, Pflegeprobleme im emotionalen/psychosozialen Bereich, Pflegeprobleme mit mehrdimensionalen Risiken und umfeldbezogene Pflegeprobleme). Die Domäne der Pflegeprobleme im funktionalen/physiologischen Bereich z. B. ist wiederum in **11 Klassen** gegliedert, denen **66 Kategorien** zugeordnet sind. In der nachfolgenden Tabelle sind die Domänen, Klassen und Kategorien der ENP<sup>®</sup>-Pflegeprobleme aufgelistet. Die inhaltliche Aufteilung der Domänen und Klassen ist in den drei Klassen Pflegediagnosen, -ziele und -interventionen identisch.

Domäne	Klasse	Kategorie
Funktionaler/ physiologischer Bereich	Körperpflege/Kleiden	Selbstfürsorgedefizit Körperwaschung
		Selbstfürsorgedefizit Mundpflege
		Risiko des Selbstfürsorgedefizites Mundpflege
		Selbstfürsorgedefizit Nagel-, Ohren-, Augen- und Nasenpflege
		Selbstfürsorgedefizit Kleiden
		Selbstfürsorgedefizit Haarpflege
	Atmen	Beeinträchtigte Selbstreinigung der Atemwege
		Risiko der respiratorischen Insuffizienz
		Risiko der Erstickung
		Risiko der Aspiration
		Risiko der Atelektasenbildung/Pneumonie
	Ernährung	Beeinträchtigte Nahrungsaufnahme
		Beeinträchtigtetes Schlucken
		Beeinträchtigtetes Stillen
		Risiko des beeinträchtigten Stillens
		Mangelernährung
		Risiko der Mangelernährung
		Risiko des Flüssigkeitsdefizits
		Risiko des Flüssigkeits-/Elektrolytdefizites
		Risiko der Adipositas
		Risiko des erhöhten Flüssigkeitsvolumens
		Risiko von ernährungsbedingten Komplikationen
		Beeinträchtigtetes Ernährungsverhalten
	Ausscheiden	Selbstfürsorgedefizit Miktion/Defäkation
		Beeinträchtigte Stuhlausscheidung
		Beeinträchtigte Urinausscheidung
		Urininkontinenz
		Risiko der Infektion der Ausscheidungsorgane
		Risiko des Harnverhalts/Nierenversagens
		Risiko des paralytischen Ileus
		Beeinträchtigte Stomaversorgung
		Selbstfürsorgedefizit Stomapflege
	Kreislauf	Risiko des beeinträchtigten Herz-Kreislaufs
		Risiko der Thrombose
		Risiko der Lungenembolie
		Risiko der Blutung
		Risiko der allergischen Reaktion
	Bewegung/Mobilität	Beeinträchtigte Bewegung
		Beeinträchtigte Mobilität
		Beeinträchtigtetes Gehen
		Risiko der Kontraktur
		Risiko der Spastik
		Risiko der Lähmung
		Risiko des Sturzes
	Entspannen/Schlafen/Ruhen	Beeinträchtigte Entspannung
		Beeinträchtigtger Schlaf

		Risiko des Schlafdefizits
	<b>Stoffwechsel</b>	Risiko der Hypo-/Hyperglykämie
		Risiko der Stoffwechsellentgleisung
	<b>Gewebeintegrität</b>	Hautreaktion
		Risiko der Hautschädigung
		Risiko der Gewebeschädigung
		Risiko von Druckstellen
		Risiko der Schleimhaut-/Hautschädigung
		Veränderte Mundschleimhaut
		Risiko der Hornhautschädigung
		Beeinträchtigte Wundheilung
		Risiko der beeinträchtigten Wundheilung
		Risiko der Dislokation/Luxation
		Risiko des Anschwellens/der Ödembildung
		Risiko einer Verletzung
		Risiko der Infektion/Keimverschleppung
	<b>Fortpflanzung</b>	Risiko der Gesundheitsbeeinträchtigung für Mutter und Kind
		Risiko der ungewollten Schwangerschaft
		Beeinträchtigt Sexualleben
	<b>Körpertemperatur</b>	Risiko der Hyper-/Hypothermie
<b>emotionaler/psychosozialer Bereich</b>	<b>Empfindungen</b>	Angst
		Schmerzen
		Beeinträchtigt Empfinden
		Beeinträchtigt Wohlbefinden
		Gefühl der Langeweile
		Persönliches Leiden
		Erschöpfung
		Risiko der Erschöpfung
		Schamgefühl
	<b>Wahrnehmungen</b>	Beeinträchtigt Orientierung
		Beeinträchtigt Körperschema/-bild
		Beeinträchtigt Selbstkonzept/-bild
		Risiko der Bewusstseinsstörung
	<b>Interaktion</b>	Beeinträchtigt Beziehung
		Beeinträchtigt Interaktion
		Risiko der beeinträchtigten Interaktion
		Beeinträchtigt Kommunikation
		Risiko der inadäquaten/ineffektiven Kommunikation
		Risiko unerfüllter Bedürfnisse
	<b>Verhalten/Handeln</b>	Beeinträchtigt Anpassung
		Beeinträchtigt Verhalten
		Beeinträchtigt Problem-/Bewältigungsstrategie
		Gesundheitsgefährdendes Verhalten
		Risiko der Selbst-/Fremdgefährdung
		Verhalten ist selbst-/fremdgefährdend
		Verhalten ist selbstverletzend
		Risiko der unwirksamen Therapie

		Risiko der Nichterreichung gesundheitsbezogener Ziele
		Risiko des Suizids
		Risiko der Flucht
	<b>Aktivität/Alltagsgestaltung</b>	Beeinträchtigte Selbstfürsorge
		Risiko des Selbstfürsorgedefizits
		Selbstfürsorgedefizit Hauswirtschaft
		Beeinträchtigte Freizeitgestaltung
		Beeinträchtigte Durchführung von Aktivitäten
		Beeinträchtigte Tages-/Lebensgestaltung
	<b>Persönliche Entwicklungen</b>	Beeinträchtigte Entscheidungsfähigkeit
		Beeinträchtigte Entwicklung
		Risiko der beeinträchtigten Entwicklung
		Beeinträchtigte Zukunftsperspektive
		Beeinträchtigte Gewohnheiten
		Beeinträchtigte Lebensqualität
		Beeinträchtigte kognitive Leistungsfähigkeit
		Beeinträchtigte Selbstachtung
		Beeinträchtigte Sterbephase
	<b>Wissen</b>	Fehlende Informationen/Fähigkeiten
		Beeinträchtigte Informationsverarbeitung
	<b>Gesellschaft</b>	Risiko der beruflichen Ausgliederung
		Risiko der sozialen Ausgrenzung
		Risiko der sozialen Isolation
		Risiko des finanziellen/sozialen Ruins
		Beeinträchtigte(r) Religionsausübung/Glaube
		Rollenkonflikt
		Normenkonflikt
		Selbstversorgungsdefizit
<b>Mehrdimensionale Risiken</b>	<b>Gesundheitsrisiken/ unspezifisch</b>	Risiko von Komplikationen
<b>Umfeldbezogene Pflegeprobleme</b>	<b>Risiko der Gesundheitsschädigung für das Umfeld</b>	Risiko der Ansteckung
N = 4	N = 21	N = 123

Tabelle 1: Gruppe der Pflegeprobleme aufgegliedert in ihre Domänen, Klassen und Kategorien

Im Jahr 2006 wurden die präkombinierten Begriffe der ENP<sup>®</sup>-Pflegediagnosen in ihre Bestandteile Pflegeproblem und Spezifikation getrennt, und es wurde eine monohierarchische Struktur durch Clusterbildung aufgebaut. Diese Umstrukturierung ermöglicht zukünftig Datenauswertungen auf unterschiedlichen Aggregationsniveaus.

In den Jahren 2007–2008 folgte die Zerlegung und Clusterbildung der ENP<sup>®</sup>-Pflegeziele und Interventionen. Die Pflegeziele und -interventionen sind auf der Ebene der Domänen und Klassen sowohl hierarchisch als auch thematisch nach der gleichen Struktur wie die Pflegeprobleme geordnet. Auf der Ebene der Kategorien finden sich abstrakt formulierte Pflegeziele und Pflegeinterventionskonzepte. Die Gruppe der Pflegeziele und Pflegeinterventionen haben im Vergleich zu den

Pflegeproblemen eine zusätzliche Ebene der Detaillierung. Auf der Ebene der Subkategorie sind die abstrakten Pflegeziel- und Pflegeinterventionskonzepte operationalisiert. Die Pflegeprobleme enden aus klassifikatorischer Sicht nach der Ebene der Kategorie, das bedeutet, dass die Pflegeprobleme drei Abstraktionslevels haben. Die Pflegeziele und Pflegeinterventionen dagegen vier. Zur Verdeutlichung folgt ein Beispiel aus der aktuellen hierarchischen Struktur der Pflegeziele und -interventionen:

Ein Beispiel aus der Gruppe Pflegeziele:

**Domäne:** Pflegeziele im funktionalen/physiologischen Bereich

**Klasse:** Atmen

**Kategorie:** Physiologischer Inspirations- und Expirationsvorgang

**Subkategorie:** *Atemfrequenz beim **Erwachsenem** liegt zwischen 12-20 Atemzügen/Min.*  
*Atemfrequenz beim **Kind** liegt zwischen 15-30 Atemzügen/Min.*  
*Atemfrequenz beim **Neugeborenen** liegt zwischen 30-50 Atemzügen/Min.*  
*Atemzugvolumen beträgt in Ruhe ca. 7 ml x Körpergewicht*

...

Ein Beispiel aus der Gruppe Pflegeinterventionen:

**Domäne:** Pflegeinterventionen im funktionalen/physiologischen Bereich

**Klasse:** Atmen

**Kategorie:** Atemübungen durchführen

**Subkategorie:** **Technik der Kontaktatmung** anwenden  
Flankenatmung intensivieren  
Nach tiefer Inspiration **auf einen Konsonanten vertieft ausatmen** „fff“, „sss“  
Nach tiefer Inspiration **auf einen Vokal vertieft ausatmen** (Vokalatmung)  
Atemübungen mit der **therapeutischen Nasenenge** durchführen  
**Lippenbremse** beim Ausatmen durchführen

...

Die Begriffe der Gruppen der Kennzeichen, Ursachen und Ressourcen befinden sich derzeit im Clusterungsprozess. Auch in diesen Gruppen sollen die Begriffe entsprechend der thematischen Gliederung in den Gruppen der Pflegeprobleme, -ziele und Interventionen eingeordnet werden. Dabei bleibt die hierarchische Struktur der Einteilung in Gruppen, Domänen, Klassen, Kategorien und Subkategorien erhalten.

In der ENP®-Version 2.4 unterliegen die Begriffe in diesen Klassen noch einer anderen Sortierung. Die Kennzeichen sind derzeit z. B. nach Symptomen (Erbrechen, Blutungen usw.), Äußerungen des Patienten (berichtet über Zukunftsängste), Verhaltensweisen (hält Therapievereinbarungen nicht ein) usw. sortiert.

Die entwickelten Hierarchisierungen sind für die Weiterentwicklung von ENP<sup>®</sup> und für Datenauswertungen relevant und bleiben für den Anwender in der Buchveröffentlichung unsichtbar, denn der Nutzen von ENP<sup>®</sup> für die Pflegepraxis ist in der horizontalen Struktur zu sehen.

Der nachfolgenden Tabelle kann die aktuelle Anzahl der Items aus jeder Gruppe der ENP<sup>®</sup> nachvollzogen werden:

Begriffe/Konzepte der Gruppe	Anzahl
Pflegediagnosen	516
Kennzeichen	2170
Ursachen	1779
Ressourcen	379
Pflegeziele	1430
Pflegeinterventionen	2474
Interventionsspezifikationen	3612

Tabelle 2: Anzahl der Items in den ENP<sup>®</sup>-Gruppen

## ■ 2. Teil B: Präkombinationen von Begriffen der ENP<sup>®</sup>-Pflegeklassifikation

In ENP<sup>®</sup> werden die Elemente der Pflegeklassifikation weiter präkombiniert. Die Pflegediagnosen z. B. bestehen aus einem Pflegeproblem (Begriff aus der Kategorienebene der Gruppe Pflegeprobleme) und einer Spezifikation (Begriffe aus der Gruppe der Kennzeichen, Ursachen oder Pflegeinterventionen).

In der Tabelle 3 wird die Anzahl der Elemente der Gruppe Pflegeprobleme in den Klassen und Kategorien dargestellt sowie die sich daraus ergebenden präkombinierten ENP<sup>®</sup>-Pflegediagnosen.

Domäne	Klasse	Kategorie	Präkombinierte ENP <sup>®</sup> -Pflegediagnosen
Pflegeprobleme im funktionalen/ physiologischen Bereich	11	66	255
Pflegeprobleme im emotionalen/ psychosozialen Bereich	8	55	201
Pflegeprobleme mit mehrdimensionalen Risiken	1	1	59
Umweltbezogene Pflegeprobleme	1	1	1
<b>Summe: 3</b>	<b>21</b>	<b>123</b>	<b>516</b>

Tabelle 3: Anzahl der Elemente der Gruppe ENP<sup>®</sup>-Pflegeprobleme Version 2.4

Zum besseren Verständnis ein Beispiel:

Beispiel aus der Gruppe Pflegeproblem:

**Domäne:** Pflegeprobleme im funktionalen/physiologischen Bereich

**Klasse:** Körperpflege/Kleiden

**Kategorie:** Selbstfürsorgedefizit Kleiden

Die präkombinierte ENP®-Pflegediagnose „Der Patient kann sich aufgrund einer **Apraxie nicht selbstständig kleiden**“ setzt sich zum einen aus dem Selbstfürsorgedefizit Kleiden (ausgedrückt in der Formulierung „kann sich nicht selbstständig kleiden“), dem Pflegeproblem und der Ursache Apraxie zusammen. Die exemplarisch aufgeführte Pflegediagnose ist der Kategorie Selbstfürsorgedefizit Kleiden zugeordnet.

Für die Gruppe der Pflegeinterventionen werden ebenfalls Elemente aus Präkombinationen gebildet. Allerdings besteht die Präkombination hier aus verschiedenen Elementen der Gruppe Pflegeinterventionen und der Gruppe der Interventionsspezifikationen. Den Pflegeinterventionen sind Interventionsspezifika zugeordnet. Diese können weitere Angaben enthalten, z. B. bezüglich Häufigkeits-/ Frequenzangaben, Unterstützungsgrad des Betroffenen bei der Durchführung der Pflegeintervention, Anzahl der benötigten Pflegepersonen, benötigte Pflegehilfsmittel oder Produkte, Lokalisations-/Ortsangaben, auf die sich die Intervention bezieht, Zeitangaben etc.

Die Ebene der präkombinierten Pflegediagnosen und Pflegeinterventionen werden (siehe Abbildung) aus dem Pflegeklassifikationssystem ENP® gebildet. Diese präkombinierten Pflegediagnosen und Pflegeinterventionsformulierungen sind die Formulierungen, die von den Pflegenden zur Pflegeprozessdokumentation genutzt werden. Die Abgrenzung von den pflegeklassifikatorischen Elementen von ENP® zu den präkombinatorischen Elementen wird durch die horizontale graue Linie in der Grafik dargestellt, während der Zusammenhang durch die linienüberschreitenden Verbindungslinien verdeutlicht wird.

Auch die Entstehungsweise der handlungsleitenden Pflegeinterventionen (Präkombination aus dem Pflegeinterventionskonzept mit Interventionsspezifikationen) aus den verschiedenen Elementen dieser Gruppe soll an einem Beispiel verdeutlicht werden.

Beispiel aus der Gruppe Pflegeinterventionen:

**Domäne:** Pflegeinterventionen im funktionalen/physiologischen Bereich

**Klasse:** Körperpflege/Kleiden

**Kategorie:** Körperwaschung durchführen

**Subkategorie:** Ganzkörperwaschung individuell durchführen

Teilkörperwaschung individuell durchführen

Beim Duschen individuell unterstützen

Beim Baden individuell unterstützen

Basal stimulierende Körperwaschung nach Bobath durchführen

...

Den Pflegeinterventionsformulierungen können folgende Interventionsspezifika zugeordnet werden:

- Unterstützungsart
- Anzahl der benötigten Pflegepersonen
- Verwendete Pflegeprodukte
- Ortsangaben, wo die Körperwaschung stattfinden kann
- Intervallangaben
- Zeitangaben
- Lokalisation der Körperregion
- Verwendete Hilfsmittel
- Berufsgruppen, die am Versorgungsprozess beteiligt sind

### ■ 3. Teil C: Praxisleitlinien in ENP®

In Teil C wird deutlich, wie sich die Praxisleitlinien aus den verschiedenen Elementen der Gruppen zusammensetzen. Jede Praxisleitlinie enthält Elemente aus den Gruppen Pflegeprobleme (über den Zwischenschritt der Präkombination erweitert zu Pflegediagnosen), Ursachen, Kennzeichen, Ressourcen, Zielen und Interventionen (über den Zwischenschritt der Präkombination erweitert zu handlungsleitenden Interventionen).

Durch die klassenübergreifende Verbindung fachlich zusammengehörender Elemente aus der ENP®-Gesamtstruktur entsteht die horizontale Struktur der pflegediagnosenbezogenen Praxisleitlinien. Die Relationen zwischen Pflegediagnosen, Kennzeichen, Ursachen, Ressourcen, Zielen, Interventionen und Interventionsspezifikationen werden in der Grafik (Abb. 2) durch die horizontalen Linien dargestellt. Auf der entstehenden Mikroebene spricht das ENP®-Entwicklerteam auch von einer ENP®.

Das Ergebnis aus der fachlichen Kombination der Elemente zu einer Praxisleitlinie ist der Ausschnitt von ENP®, der in der Pflegepraxis Anwendung findet, in einer Softwareanwendung sichtbar wird und in der Pflegeplanung zu einem pflegerischen Behandlungspfad für jeden Patienten individualisiert wird.



Abbildung 2: Vereinfachte Darstellung des vertikalen Datenmodells von ENP<sup>®</sup>

Der gelbe Rahmen um die hierarchische Struktur von ENP<sup>®</sup> zu den Ressourcen, Kennzeichen, Ursachen, Pflegezielen, Pflegeinterventionen und Interventions-spezifikationen ist in der Softwareanwendung nicht sichtbar. Diese Strukturen stehen für Auswertungszwecke der durch die Pflegeprozessdokumentation entstehenden Daten zur Verfügung.

Diese pflegediagnosenbezogenen Praxisleitlinien repräsentieren gemäß dem Anspruch der ENP<sup>®</sup>-Entwickler das aktuelle pflegerische Fachwissen. Die Entwicklung einer pflegediagnosenbezogenen Praxisleitlinie basiert einerseits auf einer induktiven Methode (der Analyse und Kategorisierung von Pflegeplänen, die in angeleiteten Situationen von Lehrern für Krankenpflege entstanden sind) und andererseits auf Literaturarbeit/-analysen, wobei Fachliteratur zu jeder Pflegediagnose die Inhalte der Praxisleitlinie abstützt. In dem Buch „ENP<sup>®</sup> European Nursing care Pathways, Standardisierte Pflegefachsprache zur Abbildung von pflegerischen Behandlungspfaden“, wird die induktive Entwicklung von ENP<sup>®</sup>, die 1989 begonnen hat, ausführlich beschrieben (Wietek 2004). Die Darstellung der Hierarchisierung von ENP<sup>®</sup> war in der Beschreibung von 2004 noch nicht enthalten, da diese erst, wie bereits beschrieben, in dem Zeitraum 2004–2008 aufgebaut wurde. Aus diesem Grund wurde die Bezeichnung ‚Pflegefachsprache‘ aus 2004 in ‚Pflegeklassifikation‘ geändert, um den aktuellen Entwicklungsstand zu repräsentieren. Derzeit sind 516 pflegediagnosenbezogene Praxisleitlinien definiert. Im nachfolgenden Text wird auf die Einordnung der ENP<sup>®</sup> als Klassifikation und pflegediagnosenbezogene Praxisleitlinien eingegangen.

Entsprechend der Einteilung von Terminologien in Interfaceterminologie, Referenzterminologie und administrative Terminologie kann ENP<sup>®</sup> zu den Interfaceterminologien gezählt werden. Interfaceterminologien sind zur Anwendung im Front-End-Einsatz vorgesehen, sollen also von den Endnutzern, den Pflegenden, in der direkten Pflege eingesetzt werden (Bakken et al. 2000).

Die Nutzung von ENP<sup>®</sup> ist für die elektronischen Patientenakte vorgesehen. Für Lehrzwecke, für die Kranken- und Altenpflegeausbildung oder zur Schulung von Mitarbeitern in Pflegeeinrichtungen, in denen eine intensive Auseinandersetzung mit den Pflegeprozessschritten gelehrt und geübt wird, kann ENP<sup>®</sup> eine wertvolle Unterstützung sein, da aufgrund der Verknüpfungen dem Nutzer das aktuelle Pflegefachwissen zur Verfügung gestellt wird. Implementiert in einer Software kommen jedoch die Vorzüge von ENP<sup>®</sup> zum Tragen, da Patientendaten schnell und effizient umgesetzt werden können und diese zusätzlich für Auswertungszwecke zur Verfügung stehen.

Die Realisierung von ENP<sup>®</sup> in einer Datenbank kann am ehesten mit Begriffen aus den Bereichen der Informatik und Wissensrepräsentation beschrieben werden: ENP<sup>®</sup> kann in Bezug auf seine Datenbankpräsentation als Ontologie bezeichnet werden. Ontologien sind Beschreibungen von Konzeptualisierungen einer Wissensdomäne, im Falle von ENP<sup>®</sup> das Pflegefachwissen zur Repräsentation und Steuerung des Pflegeprozesses. Eine Ontologie ist ein kontrolliertes Vokabular, das Gegenstände und deren Beziehungen zueinander in einer formalen Weise beschreibt und etwas über eine spezielle Domäne aussagt. Häufig wird für Ontologie auch der Begriff Semantisches Netz verwendet. Bei ENP<sup>®</sup> wird aktuelles Pflegefachwissen durch die Relationen präsentiert. Die Basis bilden die Pflegediagnosen, Kennzeichen, Ursachen, Ressourcen, Pflegeziele und Pflegeinterventionskonzepte, die in einer Datenbank gemanagt werden. Diese würden für den Anwender im Sinne der Wissensrepräsentation ohne Verknüpfungen untereinander nur einen geringen Nutzen haben. Diese Elemente sind in der Datenbank strukturiert, durch Verknüpfungen zur Taxonomie zusammengeführt und durch horizontale Verknüpfungen wird der Status von Informationen in Form von pflegerischen Praxisleitlinien erreicht. Durch die Verknüpfungen entsteht ein semantisches Netz, das zur Entscheidungsfindung im Rahmen des Pflegeprozesses hilfreich sein kann. In einer elektronischen Patienten-/Bewohnerakte werden die ENP<sup>®</sup>-Formulierungen genutzt, um die Pflegeprozessdokumentation umzusetzen. Zusätzlich ist ENP<sup>®</sup> mit zahlreichen anderen Begriffssystemen und Klassifikationen verknüpft.

#### ■ 4. Verknüpfungen von ENP<sup>®</sup> mit anderen Instrumenten

Die ENP<sup>®</sup> werden in einer Datenbank zur Einbindung in Softwareprodukten gemanagt. Die Notationen (eindeutige Nummerierung der Items) werden innerhalb einer Gruppe automatisiert im Rahmen des Datenbankmanagements vergeben. Jedes Item im ENP<sup>®</sup>-System hat eine eindeutige Codierung innerhalb seiner Gruppe, die auch bei weiteren Versionsständen stabil bleibt und gepflegt werden. Da das pflegerische Wissen in der Verknüpfung mit anderen Instrumenten aussagekräftiger für das therapeutische Team aus Pflegenden, anderen Berufsgruppen und ökonomisch Verantwortlichen im Gesundheitswesen wird, werden in der nachfolgenden Abbildung 3 die Verknüpfungen der ENP<sup>®</sup>-Elemente mit anderen Instrumenten dargestellt.

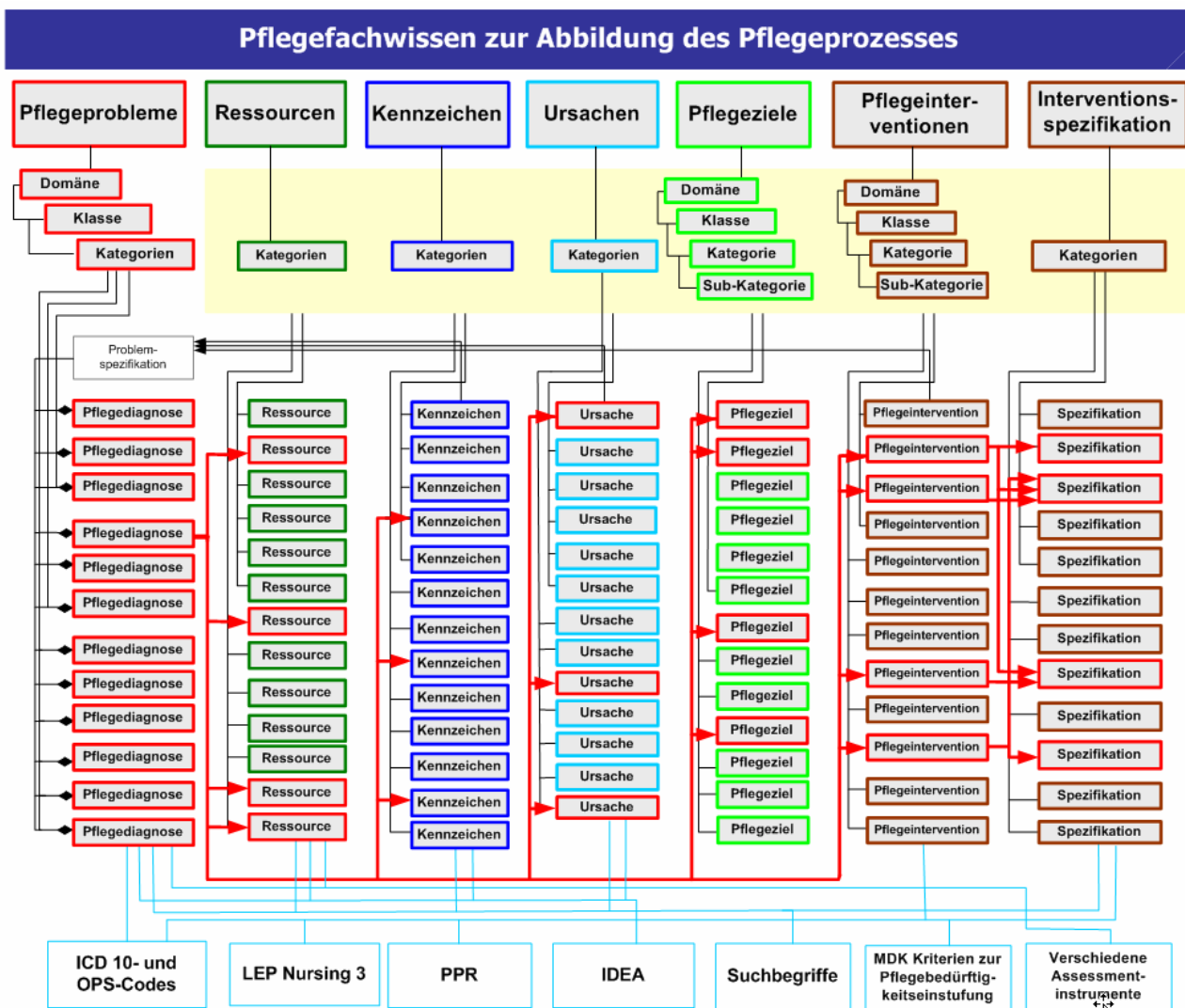


Abbildung 3: Verknüpfung von ENP<sup>®</sup> mit anderen Instrumenten

Die bisher verknüpften Instrumente sind:

- **ICD-10- und OPS-Codes** für die Zuordnung medizinischer Diagnosen zu verschiedenen Klassen und anderen Instrumenten in ENP<sup>®</sup>
- **LEP Nursing 3** für die Ermittlung von Zeitwerten
- **PPR** (Pflege Personal Regelung), ein in Österreich noch gültiges Instrument zur Ermittlung des Pflegepersonalbedarfs
- **IDEA** (Interdisciplinary Data based Electronic Assessment), ein interdisziplinäres Assessment, mit dessen Hilfe der Handlungsbedarf eingeschätzt wird. Für die Pflege lassen sich aus dem Assessment über die Verknüpfungen zu ENP<sup>®</sup> relevante Pflegediagnosen ableiten.
- **Suchbegriffe**, Suchsystem zur schnellen Auffindbarkeit von Pflegediagnosen
- **MDK-Kriterien zur Pflegebedürftigkeitseinstufung**
- **Verschiedene Assessmentinstrumente**, wie z. B. Braden-, Tinetti- oder FIM-Einstufungsskalen

## ■ 5. Definitionen der Klassenbegriffe von ENP®

Zur Unterstützung der Eindeutigkeit der entwickelten Sprache wurden im Laufe der Entwicklung sprachliche Strukturen und Definitionen der einzelnen ENP®-Gruppen durch das ENP®-Entwicklerteam festgelegt.

ENP® ist eine auf Basis der in Abbildung 1 dargestellten Struktur entwickelte Pflegeklassifikation, mit deren Hilfe eine klinische Beurteilung der aktuellen und potenziellen Gesundheitsprobleme und Lebensprozesse in Form einer Pflegediagnose erfasst werden kann. Auf Grundlage einer systematischen Pflegeanamnese werden die Pflegediagnosen mit Kennzeichen und Ursachen/beeinflussenden Faktoren und Ressourcen sowie Pflegezielen und Pflegeinterventionen ausgewählt, um so den pflegerischen Behandlungspfad für einen konkreten Patienten abzubilden.

### 5.1 Definition der ENP®-Pflegediagnosen

Eine ENP®-Pflegediagnose ist wie folgt definiert:

*Eine **ENP®-Pflegediagnose** ist ein sprachlicher Ausdruck, den Pflegende, wenn möglich, gemeinsam mit dem Betroffenen basierend auf einer systematischen Einschätzung/Beurteilung (Assessment, Pflegeanamnese, körperliche Untersuchung) des Gesundheitszustandes und dessen psychischen, physiologischen und entwicklungsbedingten Auswirkungen oder der Reaktion auf Gesundheitsprobleme nutzen, um auf dieser Grundlage die Entscheidungen über Pflegeziele zu treffen und geeignete Pflegeinterventionen auszuwählen.*

Eine ENP®-Pflegediagnose beschreibt mögliche pflegediagnostische Ergebnisse in einer standardisierten Form. Die Bestandteile einer ENP®-Pflegediagnose sind ein pflegerisches Problem und eine Spezifikation. Ein kleiner Anteil, derzeit 8 % (n= 40) der ENP®-Pflegediagnosen, beinhaltet keine Spezifikation und dient als Restkategorie, wenn keine der angebotenen präkombinierten Pflegeprobleme mit Spezifikation zutreffen. Im Rahmen des diagnostischen Prozesses ergänzt die Pflegeperson in diesem Fall selbst die Kennzeichen und Ursachen und überführt das pflegerische Problem in eine Pflegediagnose. Eine Präkombination von Spezifikation und Pflegeproblem wurde in ENP® immer dann vorgenommen, wenn es spezifische Interventionskonzepte für die ENP®-Pflegediagnose gibt.

In ENP® ist ein Pflegeproblem wie folgt definiert:

*Pflegeprobleme sind aktuelle Beeinträchtigungen des betroffenen Individuums, die in seiner Person oder seiner Umwelt begründet sind. Oder es handelt sich um Risiken, die mit dem Gesundheitszustand oder der Behandlung des Betroffenen im Zusammenhang stehen, die er selbst nicht bewältigen oder beheben kann und die seine Unabhängigkeit und/oder die anderer Menschen einschränkt. Pflegeprobleme können psychische, physiologische, entwicklungsbedingte Auswirkungen auf den Gesundheitszustand oder Reaktionen darauf sein. Professionelles Handeln ist erforderlich, um die Pflegeprobleme zu erfassen, diese in eine Pflegediagnose zu überführen und den Gesundheitszustand durch geplante Pflege positiv zu beeinflussen.*

Gordon und Bartholomeyczik (2001) schreiben, dass eine Pflegediagnose aus drei essentiellen Elementen besteht, „[...] die auch als PÄS-Schema bezeichnet werden. Diese drei Komponenten sind: Gesundheitliches Problem (P), Ätiologische bzw. damit verbundene Faktoren (Ä) [und] Definierende Merkmale oder Cluster von Zeichen und Symptomen (S)“. (Gordon & Bartholomeyczik 2001, S. 38 f.) Die Gruppe der Pflegeprobleme beschreibt auf der Ebene der Kategorie inhaltlich Pflegeprobleme, die die disjunkten Merkmalsträger darstellen, denen die Pflegediagnosenbegriffe zugeordnet sind. Aufgrund der Zusammensetzung einer ENP®-Pflegediagnose aus einem Pflegeproblem und einer Spezifikation beinhaltet diese bereits mindestens zwei essentielle Elemente einer Pflegediagnose, wie von Gordon (2001, S. 38) definiert. Im Rahmen des diagnostischen Prozesses wählt die Pflegeperson passende Kennzeichen und Ursachen aus ENP® aus. Die Kennzeichen beziehen sich in ENP® nicht ausschließlich auf das Pflegeproblem, sondern auf die Kombination des Pflegeproblems und der Spezifikation.

In der nachfolgenden Tabelle 4 werden exemplarisch die ENP®-Pflegediagnosen der Klasse 1.1 Körperpflege/Kleiden und der Kategorie 1.1.1 Selbstfürsorgedefizit Körperwaschung aus der Domäne 1 Pflegediagnosen aus dem funktionalen/physiologischen Bereich vorgestellt, um den Unterschied zwischen Pflegeproblem (= Kategorie) und Pflegediagnose in ENP® zu verdeutlichen.

Klasse	Kategorie (= Pflegeproblem)	ENP®-Pflegediagnosen
1.1 Körperpflege/Kleiden	1.1.1 Selbstfürsorgedefizit Körperwaschung	Der Patient-- kann sich <b>aufgrund einer Bewegungseinschränkung</b> nicht <b>selbstständig waschen</b>
		Der Patient-- kann <b>aufgrund einer Hemiplegie/parese</b> die <b>Körperwaschung nicht selbstständig durchführen</b>
		Der Patient-- kann sich aufgrund <b>eingeschränkter körperlicher Belastbarkeit</b> nicht <b>selbstständig waschen</b> (wurde in der Version 2.3 geändert)
		Der Patient-- darf sich bei der Körperpflege aufgrund einer <b>verminderten Herzleistung</b> nicht anstrengen, <b>Selbstfürsorgedefizit Körperwaschung</b>
		Der Patient-- kann aufgrund einer Bewegungseinschränkung die <b>Gebrauchsgegenstände zur Körperwaschung nicht halten, Selbstfürsorgedefizit Körperwaschung</b>
		Der Patient-- kann <b>aufgrund von Desorientierung</b> die <b>Körperwaschung nicht selbstständig gestalten</b>
		Der Patient-- soll <b>aufgrund einer Wirbelsäulenverletzung</b> Bewegungen zwischen Becken und Rumpf vermeiden, es besteht ein <b>Selbstfürsorgedefizit bei der Körperwaschung</b>

		Der Patient-- ist aufgrund einer <b>quantitativen Bewusstseinsbeschränkung</b> bei der <b>Körperwaschung voll abhängig</b>
		Das Patient-- kann <b>entwicklungsbedingt die Selbstpflege im Bereich der Körperhygiene nicht selbstständig erfüllen</b>
		Der Patient-- führt die <b>Körperwaschung nicht adäquat</b> durch, <b>Selbstfürsorgedefizit Körperwaschung</b>
		Der Patient-- kann <b>aufgrund einer Wunde im Intimbereich</b> die <b>Intimpflege nicht in gewohnter Weise durchführen</b>
		Der Patient-- kann sich <b>nicht selbstständig waschen</b>
		Der Patient-- kann sich <b>nicht selbstständig duschen/baden</b>

Tabelle 4: Exemplarische ENP<sup>®</sup>-Pflegediagnosen aus der Kategorie Körperpflege/Kleiden

Bis auf die beiden letzten ENP<sup>®</sup>-Pflegediagnosen (hellblau) sind alle Pflegediagnosen entweder durch eine Ursache (grau) oder ein Kennzeichen (gelb) als Spezifikation ergänzt. Die hier vorgestellte Operationalisierung des Selbstfürsorgedefizits Körperwaschung ist durch die Entwicklung der Praxisleitlinie bestimmt. Wird während der Entwicklung einer pflegediagnosenbezogenen Praxisleitlinie deutlich, dass es z. B. bei dem Selbstfürsorgedefizit Körperwaschung bei Hemiplegie ganz spezielle Interventionskonzepte gibt, würde die ENP<sup>®</sup>-Pflegediagnose präkombiniert weiterentwickelt werden, wie es schon in der Vergangenheit geschah. In einer (noch unveröffentlichten) Literaturanalyse, die im Rahmen der ENP<sup>®</sup>-Entwicklung zu den Pflegediagnosen der Subkategorie Selbstfürsorgedefizit Körperwaschung erstellt wurde, wird gezeigt, dass für die derzeitigen in der Tabelle 3 aufgeführten ENP<sup>®</sup>-Pflegediagnosen spezielle Handlungskonzepte existieren.

Damit der Nutzer der ENP<sup>®</sup>-Fachsprache zur Abbildung des Pflegeprozesses differenzierte und zielgerichtete Interventionskonzepte angeboten bekommt, wurde die beschriebene Struktur der ENP<sup>®</sup>-Pflegediagnosen gewählt. Die ENP<sup>®</sup>-Pflegeprobleme, die keine Spezifikation beinhalten, dienen als Restkategorie, die durch die Pflegeperson in eine Pflegediagnosenformulierung durch die Codierung von Kennzeichen und Ursachen überführt wird. Diese Restkategorien sollten nur genutzt werden, wenn keine spezifische ENP<sup>®</sup>-Pflegediagnose vorhanden ist.

ENP<sup>®</sup>-Pflegediagnosen werden vom betroffenen Individuum ausgehend formuliert. Familien oder Gemeinschaften sind nicht Ausgangspunkt einer Pflegediagnosenformulierung. Ist z. B. die Beziehung innerhalb einer Familie beeinträchtigt, wird das pflegerische Problem des betroffenen Individuums, das Pflege benötigt, beschrieben. Die Entscheidung, keine Gemeinschaftsdiagnosen einer Gruppe in ENP<sup>®</sup> zu formulieren, ist vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Perspektiven eines bestehenden Problems innerhalb einer Gemeinschaft gefällt worden. So ergeben sich z. B. aus einer Stillproblematik für die Mutter andere Pflegediagnosen als für das Neugeborene. Als Beispiel könnten sich folgende Pflegediagnosen für Mutter und Kind ergeben: Die Wöchnerin „ist aufgrund eines Kaiserschnittes (Sectio caesarea) beim Stillen eingeschränkt“, und für das Neugeborene

könnte folgende Pflegediagnose relevant sein: „hat aufgrund von erschwertem Stillen das Risiko einer Mangelernährung“.

### Syntax einer ENP<sup>®</sup>-Pflegediagnose

Die Festlegung der Syntax der verschiedenen Sprachbausteine in ENP<sup>®</sup> dient der Vereinheitlichung der Struktur der Fachsprache.

Beispiel:

*„Der Patient hat aufgrund eines liegenden Tracheostomas das Risiko einer Hautschädigung“.*

"Der Patient" = Subjekt (Nominativ)

"hat" = Vollverb / Prädikat

"aufgrund eines liegenden Tracheostomas" = Präpositionalobjekt (Genitiv)

"das Risiko" = direktes Objekt (Akkusativ)

"einer Hautschädigung" = Artergänzung (Genitiv)

*„Der Patient kann aufgrund einer Hemiplegie /-parese die Körperwaschung nicht selbstständig durchführen“.*

"Der Patient" = Subjekt (Nominativ)

"kann" = Modalverb (Teil 1 der Verbklammer)

"aufgrund einer Hemiplegie/-parese" = Präpositionalobjekt (Genitiv)

"die Körperwaschung" = direktes Objekt (Akkusativ)

"nicht selbstständig" = negierte Adverbialphrase (der Art & Weise)

"durchführen" = Vollverb (Teil 2 der Verbklammer, hier Infinitiv)

Bei den Pflegediagnosen in ENP<sup>®</sup>, die über keine Spezifikation verfügen, setzt sich die Syntax wie folgt zusammen:

*„Der Patient-- hat ein Dekubitusrisiko“*

"Der Patient" = Subjekt (Nominativ)

"hat" = Vollverb / Prädikat

"ein Dekubitusrisiko" = direktes Objekt (Akkusativ)

Die Satzkonstruktion einer Pflegediagnose ist in der dritten Person Singular formuliert, die genutzten Verben stehen im Präsens. Der Hintergrund, die Satzkonstruktion so zu gestalten, wie sie oben beschrieben wurde, hat pragmatische und sprachstilistische Gründe. Es wäre durchaus möglich, das Präpositionalobjekt an das Satzende zu stellen. Die ENP<sup>®</sup>-Pflegediagnose könnte z. B. auch lauten, *der Patient kann die Körperwaschung nicht selbstständig durchführen, aufgrund einer Hemiplegie*. So würde dem Pflegeproblem als Bestandteil der ENP<sup>®</sup>-Pflegediagnose eine höhere Aufmerksamkeit zukommen, allerdings würde damit die Unterscheidung der 13 Selbstfürsorgedefizite Körperwaschungsdiagnosen an das Satzende gestellt werden. Die Mitarbeiter müssten in einer Softwarelösung deutlich mehr lesen, um zu den Unterscheidungskriterien der ENP<sup>®</sup>-Pflegediagnose innerhalb der Subkategorie zu gelangen.

## 5.2 Definition: ENP<sup>®</sup>-Kennzeichen

Jede Analyse eines Begriffes führt zwangsläufig zu den bestimmenden Merkmalen des Begriffes. Zur Feststellung eines Begriffsinhaltes und zur Festlegung eines pflegediagnostischen Konzeptes, wie z. B. den ENP<sup>®</sup>-Pflegediagnosen, ist die Benennung der Kennzeichen, welche die Pflegediagnose stützen können, entscheidend. In der Terminologielehre werden den Merkmalen/Kennzeichen verschiedene Bedeutungen zugewiesen. „Die Gesamtheit der zu einem gegebenen Zeitpunkt festgestellten Merkmale eines Begriffes ist die Summe des Wissens über diesen Begriff“ (Arntz et al. 2004, S. 53 f.). Dieses Wissen über den Begriff unterstützt, den Begriffsinhalt zu benennen und abzugrenzen. Ebenso unterstützen die Merkmale dabei, die Begriffe zu strukturieren und in eine Taxonomie einzuordnen.

Im pflegediagnostischen Prozess werden die Kennzeichen als Indikatoren zur Bestätigung einer Pflegediagnose genutzt (Gordon & Bartholomeyczik 2001, S. 43 ff.). Im Rahmen der Entwicklung der ENP<sup>®</sup>-Pflegediagnosen werden die Merkmale zur Konzeptualisierung dieser eingesetzt. Im Folgenden wird die Definition der ENP<sup>®</sup>-Kennzeichen vorgestellt.

***ENP<sup>®</sup>-Kennzeichen** sind Indikatoren, Merkmale und Äußerungen des betroffenen Individuums. Diese tragen dazu bei, die Pflegediagnose/-probleme zu identifizieren, oder die Pflegediagnosen/-probleme untereinander abzugrenzen. Diese Merkmale, Indikatoren können Symptome beschreiben, weitere Merkmale für das Problem, biografische oder historische, physiologische oder psychische Indikatoren, eine beschriebene verbale Äußerung des Betroffenen zum Problem, beschriebene Reaktionen eines Menschen oder Risikofaktoren sein.*

Die Kennzeichen von ENP<sup>®</sup> beziehen sich sowohl auf das enthaltene Pflegeproblem, als auch auf die Problemspezifikation. Die Pflegediagnosen innerhalb einer Kategorie können allgemeine Kennzeichen beinhalten, die sich auf das Pflegeproblem beziehen.

### Syntax der ENP<sup>®</sup>-Kennzeichen

Die Kennzeichenformulierungen sind Symptome (z. B. *Zyanosezeichen, Erhöhte Atemfrequenz, Giemen, Tachypnoe, Äußert Juckreiz*), Äußerungen des Betroffenen (z. B. *Äußert Angst vor den Schmerzen beim Abhusten; Beschreibt das Gefühl der Einsamkeit/der Verlassenheit*), Verhaltensreaktionen (z. B. *Erhöhte Reizbarkeit; Kann Wut/Ärger nicht adäquat äußern und richtet diese gegen Tiere/Gegenstände, reißt sich Haare aus*), physiologisch feststellbare Merkmale (z. B. *Atemfrequenz beim Erwachsenen unter 12 Atemzüge/Min.*), oder Beschreibungen der Fähigkeitseinschränkungen des Betroffenen (z. B. *Kann bestimmte Körperregionen nicht waschen, Kann Worte nicht deutlich aussprechen*).

Die Kennzeichen stellen syntaktisch entweder vollständige Sätze dar, die aus einem Subjekt und einem Prädikatsverband (der Prädikat, Objekt(e) und/oder Ergänzung(en) beinhalten kann) bestehen und zudem in der Regel im Aktiv stehen. Oder sie sind Ellipsen bestehend aus Prädikat, Objekt(en) und/oder Ergänzung(en) oder nur aus Begriffen. Diese unvollständigen Sätze beziehen sich immer auf das Subjekt der Pflegediagnose. Z. B.: *Die Fähigkeit, die Körperpartien zu waschen, ist eingeschränkt* oder *Infektiöse Hauterkrankung*.

### 5.3 Definition: ENP<sup>®</sup>-Ursachen

Ursachen können als Bezeichnung „für ein Ereignis oder eine Menge von Ereignissen, die ein anderes Ereignis, die Wirkung, kausal (Kausalität) hervorbringen“ definiert werden. In der „Enzyklopädie Philosophie und Wissenschaftstheorie“ wird der Ursachenbegriff auf Grundlage der vier Ursachentypen des Aristoteles, dem neuzeitlichen Wirkursachenverständnis von Hume und weiteren Philosophen definiert (Mittelstraß 1996, S. 442). Ein ähnliches Grundverständnis wurde der Definition der Ursachen bei der ENP<sup>®</sup>-Entwicklung zugrunde gelegt. Zur weiteren Differenzierung der Pflegediagnose werden Ursachen formuliert, die für die Verursachung und Aufrechterhaltung des Gesundheitsproblems/-zustandes mit verantwortlich oder beeinflussend sind (Gordon 2001, S. 41, Brobst et al. 1997, S. 17 f.).

In ENP<sup>®</sup> sind die Ursachen wie folgt definiert:

***ENP<sup>®</sup>-Ursachen** sind auslösende und/oder beeinflussende Faktoren, die zur Entstehung eines Pflegeproblems/einer Pflegediagnose führen beziehungsweise diese aufrechterhalten. Ursachen/beeinflussende Faktoren können Verhaltensweisen des Betroffenen, bestehende und bekannte Erkrankungen sowie beschreibbare Einschränkungen sowohl im psychosozialen Bereich wie auch im Bereich der körperlichen und kognitiven Fähigkeiten sein. Ebenso können Ursachen/beeinflussende Faktoren im Umfeld, der Sozialisation und den Erfahrungen des betroffenen Individuums zu finden sein.*

Im Rahmen des Pflegeprozesses ist es bedeutend, die Ursachen von pflegerischen Problemen zu kennen, da häufig diese im Rahmen der Interventionsangebote mitbeachtet werden müssen, um ein Pflegeproblem zu beheben oder zu lindern. Zum Beispiel besteht ein Unterschied, ob sich ein Individuum nicht selbstständig waschen kann, weil die Ursache in der Bewegungseinschränkung postoperativ oder in einer Apraxie begründet ist. Die sinnvollen Interventionskonzepte sind bei den Beispielen je unterschiedlich.

Das Ursachenverständnis in ENP<sup>®</sup> orientiert sich an der Analyse des Begriffes der Ursachen, die folgende Unterscheidung der Begriffsbildung hervorbringt (Hügli & Lübcke 2001, S. 640 ff.):

Ursachen als Kausalitätsbeziehung zwischen Ursache und Wirkung. Ursachen als Kausalkette bzw. kausaler Zusammenhang, das bedeutet „[...] jenes Netz von Ursachen und Wirkung, in die ein Ereignis eingeflochten ist.“ (Hügli & Lübcke 2001, S. 642)

*Mitwirkende Ursache*, das heißt Ursachen, bei denen ein Zusammenhang mit der Wirkung besteht, die aber die Wirkung nicht alleine hervorrufen.

*Ausschlaggebende Ursache*, die Ursache, der ein zentraler Aspekt für die Wirkung nachgewiesen werden kann.

*Wesentliche Ursachen*, die eine notwendige Bedingung der Wirkung ist.

Die verschiedenen Sichtweisen und Unterscheidungen des Begriffs ‚Ursachen‘ werden in den ENP<sup>®</sup> immer in Bezug auf die Pflegediagnoseformulierung formuliert. Von Interesse sind die besonderen Zusammenhänge der festgestellten Gesundheitsprobleme/-zustände eines Individuums, dessen Entstehungsursachen und den Faktoren, die das Problem erhalten.

Jeder ENP<sup>®</sup>-Pflagediagnose können mehrere Ursachen zugeordnet werden. Das bedeutet, dass verschiedene Ursachen die Diagnose beeinflussen bzw. hervorrufen können. Diese im diagnostischen Prozess ausgewählten und formulierten Ursachen zu den Pflagediagnosen bilden die Basis für die Auswahl geeigneter Interventionen.

Die Ursachenformulierungen können Krankheiten (z. B. *Manie, Rechtsherzinsuffizienz, Essstörung, Multiples Sklerose*), Motive für Verhalten (z. B. *Bedürfnis nach Selbstbestätigung, Widerwille bei der Nahrungsaufnahme, fehlendes Interesse, Angst, Schamgefühl*), Zustände (z. B. *Verwirrheitszustand, anhaltende Appetitlosigkeit, Formveränderung am weichen Gaumen, Trinkschwäche, Belastungsdyspnoe, fehlendes Selbstwertgefühl, Bewegungseinschränkung*), Wissens-, Informationsdefizite (z. B. *mangelnde Kenntnis über das Stillen, fehlender Zugang zu Informationen*), soziokulturelle Einflüsse (z. B. *familiendynamische Faktoren, Arbeitslosigkeit, Misshandlung*), Gewohnheiten/Verhalten (z. B. *ritualisierte Zwangshandlung, Kotschmierer, Aktivitätsmangel, ungenügende Grenzsetzung*), beeinträchtigte Interaktion (*spricht eine andere Landessprache*), oder eingeschränkte/beeinträchtigte Fähigkeiten (z. B. eingeschränkte kognitive Fähigkeiten) sein.

### Syntax der ENP<sup>®</sup>-Ursachen

Die Ursachen stellen syntaktisch entweder vollständige Sätze dar, die aus einem Subjekt und einem Prädikatsverband (der Prädikat, Objekt(e) und/oder Ergänzung(en) beinhalten kann) bestehen. Oder sie sind Ellipsen, die entweder nur aus Prädikat, Objekt(en) und/oder Ergänzung(en) bestehen oder nur aus Begriffen. Diese unvollständigen Sätze beziehen sich immer auf das Subjekt der Pflagediagnose. Z. B.: *Der Wille, die Körperwaschung durchzuführen, fehlt* oder *Eingeschränkte körperliche Belastungsfähigkeit*.

## 5.4 Definition: Ressourcen

In ENP<sup>®</sup> werden zu den Pflagediagnosen die Ressourcen (Fähigkeiten des Betroffenen) formuliert, die für die Auswahl der pflegerischen Zielsetzung und die Interventionsbestimmung von Bedeutung sind.

Eine ENP<sup>®</sup>-Ressource ist wie folgt definiert:

**ENP<sup>®</sup>-Ressourcen** sind Beschreibungen von Zuständen, körperliche, geistige und psychosoziale Fähigkeiten, Verhaltensweisen und/oder Faktoren im sozialen Umfeld, die dazu beitragen, Bewältigungsstrategien zur Behebung von Gesundheitsproblemen zu entwickeln und/oder Interventionen zu unterstützen.

Die Ressourcenentwicklung ist immer vor dem Hintergrund der möglichst differenzierten Beschreibung und Beurteilung des Gesundheitsproblems/-zustands formuliert, von dem der Pflege-/Unterstützungsbedarf abgeleitet wird. So ist es für die Auswahl von Pflegezielen und Interventionen entscheidend zu wissen, ob ein Patient, der ein Selbstversorgungsdefizit Körperpflege hat, sitzen oder stehen kann und z. B. den Waschlappen selbstständig führen kann. Die formulierten Ressourcenbegriffe haben im Gegensatz zur den restlichen Gruppen in ENP<sup>®</sup> nicht den Anspruch auf Vollständigkeit. Bei den Ressourcenformulierungen sind Pflegende aufgefordert, individuelle Ergänzungen im Rahmen des diagnostischen Prozesses vorzunehmen.

Die standardisierten Ressourcenformulierungen in ENP<sup>®</sup> beinhalten Verhaltensweisen, handlungsfördernde Einstellungen, Unterstützungsleistungen des sozialen Umfelds oder physiologische Zustände, die dazu beitragen, Bewältigungsstrategien und Interventionen zur Behebung von Gesundheitsproblemen zu entwickeln und zu unterstützen.

### Syntax der ENP<sup>®</sup>-Ressourcen

Die Ressourcen stellen syntaktisch entweder vollständige Sätze dar, die aus einem Subjekt und einem Prädikatsverband (der Prädikat, Objekt(e) und/oder Ergänzung(en) beinhalten kann) bestehen. Z. B.: *Kann Hilfsmittel gezielt einsetzen* oder *Äußert Einsicht in die Pflegemaßnahme*.

## 5.5 Definition: ENP<sup>®</sup>-Pflegeziele

Durch die zielgerichtete Pflege und die Förderung der Ressourcen wird das Pflegeziel erreicht. Pflegeziele sollen realistisch, erreichbar, überprüfbar, positiv formuliert und auf das Pflegeproblem/-diagnose bezogen sein. Einer ENP<sup>®</sup>-Pflegediagnose sind mehrere mögliche Pflegeziele zugeordnet. Die Pflegeperson entscheidet sich je nach Patientenzustand für ein oder mehrere Pflegeziele.

Ein ENP<sup>®</sup>-Ziel ist wie folgt definiert:

*ENP<sup>®</sup>-Pflegeziele legen die Pflegeergebnisse fest, die Pflegenden mit dem Betroffenen oder für den Betroffenen planen und die innerhalb eines vereinbarten Zeitraumes erreicht werden sollen. Die erwarteten Ergebnisse sind in Form von künftig zu erreichenden Ist-Zuständen beschrieben. Die Pflegeziele können sich auf körperliche Leistungen und Fähigkeiten, physiologische Parameter, Wissen, Verhaltensweisen und Persönlichkeitsmerkmale, Befunde, emotionales Erleben und subjektives Empfinden sowie auf die Erkennung körperlicher Veränderungen beziehen.*

Eine Nutzung der Pflegezielformulierungen zur Outcome-Messung ist möglich. Hierzu ist jedes ENP<sup>®</sup>-Pflegeziel mit einer fünfstufigen Skala zur Einschätzung des Zielerreichungsgrades verknüpft. Es existieren unterschiedliche Arten der fünfstufigen Skalen. Allen gemeinsam ist, dass 5 bedeutet, das Ziel wurde erreicht und 1, das Pflegeziel wurde noch nicht erreicht. Hierzu ein paar Beispiele:

ENP<sup>®</sup>-Pflegediagnose: Der Patient **zieht sich vom sozialen Geschehen zurück**, soziale Interaktion ist beeinträchtigt

**Ursache:**

Psychische Erkrankung

**Kennzeichen:**

Zieht sich in das Zimmer zurück

**Pflegeziel:**

*Nimmt unaufgefordert an Gruppenaktivitäten teil.*

Die Pflegeperson schätzt die Zielerreichung auf einer fünfstufigen Skala ein. Die verknüpften Beurteilungsmerkmale zur Einschätzung des Zielerreichungsgrades lauten:

- 5 = vollständig erreicht
- 4 = weitgehend erreicht
- 3 = mäßig erreicht
- 2 = wenig erreicht
- 1 = nicht erreicht

Eine Codierung mit 1 würde bedeuten, dass der Patient das Pflegeziel *Nimmt unaufgefordert an Gruppenaktivitäten teil* bezogen auf die Pflegediagnose nicht erreicht hat (0 % Zielerreichung), die Codierung „wenig“ würde bedeutet, dass geringe, schwache Ansätze der Zielerreichung erkennbar sind (bis 25 % Zielerreichung), eine „mäßige“ Bewertung zeigt an, dass eine mittlere Zielerreichung vorhanden ist (26–50 %), eine „weitgehende“ Zielerreichung wird codiert, wenn das Ziel über 50 % erreicht ist (51–75 % Zielerreichung) und eine „vollständige“ Zielerreichung wird codiert, wenn das Ziel zu über 75 % erreicht wurde.

Die andere Art der Skalierung wird in ENP<sup>®</sup> mittels operationalisierten Items des Zieles realisiert. So wurden zum Beispiel die drei Pflegeziele zur Körperwaschung wie nachfolgend in der Tabelle beschrieben.

5-er-Skalierung Körperwaschung					
	Ausprägung 5	Ausprägung 4	Ausprägung 3	Ausprägung 2	Ausprägung 1
Kann sich den <b>Körper</b> selbstständig <b>waschen und abtrocknen</b>	Kann sich den <b>Körper</b> selbstständig <b>waschen und abtrocknen</b>	Kann sich den Körper unter Einsatz von <b>Hilfsmittel</b> und/oder <b>verlängerter Waschzeit</b> (> 15 Min.) selbstständig waschen und abtrocknen	Kann den Körper unter <b>verbaler Anleitung</b> und <b>Anreicherung</b> von Materialien selbstständig waschen und abtrocknen	Kann den Körper <b>teilweise selbständig</b> waschen und abtrocknen, Pflegeperson übernimmt schwer erreichbare Körperstellen	Ist in der Ausführung der Körperwaschung <b>voll abhängig</b>
Kann sich den <b>Oberkörper</b> selbstständig <b>waschen und abtrocknen</b>	Kann sich den <b>Oberkörper</b> selbstständig <b>waschen und abtrocknen</b>	Kann sich den Oberkörper unter Einsatz von <b>Hilfsmittel</b> und/oder <b>verlängerter Waschzeit</b> (> 7 Min.) selbstständig waschen und abtrocknen	Kann den Oberkörper unter <b>verbaler Anleitung</b> und <b>Anreicherung</b> von Materialien selbstständig waschen und abtrocknen	Kann den Oberkörper <b>teilweise selbständig</b> waschen und abtrocknen, Pflegeperson übernimmt schwer erreichbare Körperstellen	Ist in der Ausführung der Oberkörperwaschung <b>voll abhängig</b>
Kann sich <b>Gesicht und Hände</b> selbstständig <b>waschen und abtrocknen</b>	Kann sich <b>Gesicht und Hände</b> selbstständig <b>waschen und abtrocknen</b>	Kann sich Gesicht und Hände bei <b>verlängerter Waschzeit</b> (> 3 Min.) waschen und abtrocknen	Kann Gesicht und Hände unter <b>verbaler Anleitung</b> und <b>Anreicherung</b> von Materialien selbstständig waschen und abtrocknen	Kann Gesicht und Hände <b>teilweise selbständig</b> waschen und abtrocknen, Pflegeperson muss nacharbeiten.	Ist in der Ausführung Gesicht und Hände zu waschen <b>voll abhängig</b>

Tabelle 4: 5er-Skalierung der ENP<sup>®</sup>-Ziele zur Körperwaschung

Ein Beispiel aus der Klasse Atmung und Kategorie „Physiologische Respiration“:

	5-er Skalierung				
	5	4	3	2	1
<p>Die <b>subjektive empfundene Atemnot nach/während der körperlichen Aktivität</b> befindet sich auf der <b>5-er-Skalierung &gt;3</b> (1= maximale Atemnot, 5 = keine Atemnot)</p> <p><b>Literaturquelle:</b> Gillissen, A et. all 2008</p>	<p>Empfindet <b>während/unmittelbar nach der körperlichen Aktivität</b> eine normale/unveränderte Atemaktivität</p>	<p>Empfindet <b>während/unmittelbar nach der körperlichen Aktivität</b> eine <b>leichte Atemnot</b> (Dyspnoe)</p>	<p>Empfindet <b>während/unmittelbar nach der körperlichen Aktivität</b> eine <b>mittlere Atemnot</b> (Dyspnoe), diese kann durch Aktivierung der Atemhilfsmuskulatur gekennzeichnet sein</p>	<p>Empfindet <b>während/unmittelbar nach der körperlichen Aktivität</b> eine <b>schwere Atemnot</b> (Dyspnoe), diese kann durch Zyanose, Aktivierung der Atemhilfsmuskulatur gekennzeichnet sein</p>	<p>Empfindet <b>während/unmittelbar nach der körperlichen Aktivität</b> eine <b>sehr schwere Atemnot</b> (Dyspnoe), diese kann durch Todesangst, Panik, Zyanose, Aktivierung der Atemhilfsmuskulatur und/oder Nasenflügelatmung gekennzeichnet sein</p>

Tabelle 5: 5er-Skalierung der ENP®-Ziele der Kategorie Physiologische Respiration

Ein weiteres Beispiel stammt aus der Klasse Empfinden und der Kategorie „Frei von Schmerzen“

	5-er Skalierung				
	5	5	5	5	5
Ist <b>schmerzfrei</b>	Hat <b>(keine) Schmerzen</b> , die auf der <b>numerischen Rangskala</b> zwischen 1-2 eingeschätzt wurden	Hat <b>Schmerzen</b> , die auf der <b>numerischen Rangskala</b> zwischen 4-3 eingeschätzt wurden	Hat <b>Schmerzen</b> , die auf der <b>numerischen Rangskala</b> zwischen 5-6 eingeschätzt wurden	Hat <b>Schmerzen</b> , die auf der <b>numerischen Rangskala</b> zwischen 7-8 eingeschätzt wurden	Hat <b>Schmerzen</b> , die auf der <b>numerischen Rangskala</b> zwischen 9-10 eingeschätzt wurden
Hat <b>Schmerzen</b> , die nicht mehr als <b>3 von 10 Punkten</b> der <b>numerischen Rangskala</b> betragen	Hat <b>(keine) Schmerzen</b> , die auf der <b>numerischen Rangskala</b> zwischen 1-2 eingeschätzt wurden	Hat <b>Schmerzen</b> , die auf der <b>numerischen Rangskala</b> zwischen 4-3 eingeschätzt wurden	Hat <b>Schmerzen</b> , die auf der <b>numerischen Rangskala</b> zwischen 5-6 eingeschätzt wurden	Hat <b>Schmerzen</b> , die auf der <b>numerischen Rangskala</b> zwischen 7-8 eingeschätzt wurden	Hat <b>Schmerzen</b> , die auf der <b>numerischen Rangskala</b> zwischen 9-10 eingeschätzt wurden

<b>Schmerzen während/kurz nach der Körperpflege,</b> betragen nicht mehr als <b>3 von 10 Punkten</b> der <b>numerischen Rangskala</b>	Hat <b>(keine) Schmerzen</b> bei der Körperpflege, die auf der <b>numerischen Rangskala</b> zwischen 1-2 eingeschätzt wurden	Hat <b>Schmerzen</b> bei der Körperpflege, die auf der <b>numerischen Rangskala</b> zwischen 4-3 eingeschätzt wurden	Hat <b>Schmerzen</b> bei der Körperpflege, die auf der <b>numerischen Rangskala</b> zwischen 5-6 eingeschätzt wurden	Hat <b>Schmerzen</b> bei der Körperpflege, die auf der <b>numerischen Rangskala</b> zwischen 7-8 eingeschätzt wurden	Hat <b>Schmerzen</b> bei der Körperpflege, die auf der <b>numerischen Rangskala</b> zwischen 9-10 eingeschätzt wurden
---	--	--	--	--	---

Tabelle 6: 5er-Skalierung der ENP<sup>®</sup>-Ziele aus der Klasse „Frei von Schmerzen“

Ein letztes Beispiel stammt aus der Klasse Empfinden und der Kategorie „Den Fähigkeiten angepasste Anforderungen“

5-er Überforderung Skalierung					
	5	4	3	2	1
Die <b>erwarteten körperlichen Anforderungen</b> durch die Körperpflegeaktivität entsprechen den aktuellen <b>körperlichen Fähigkeiten</b>	Die <b>erwarteten körperlichen Anforderungen</b> durch die Körperpflegeaktivität entsprechen den aktuellen <b>körperlichen Fähigkeiten</b>	Die <b>erwarteten körperlichen Anforderungen</b> durch die Körperpflegeaktivität entsprechen <b>teilweise den körperlichen Fähigkeiten</b> , dieses zeigt sich in Form von <b>völliger Erschöpfung</b> nach der Körperpflegeaktivität	Die <b>erwarteten körperlichen Anforderungen</b> durch die Körperpflegeaktivität entsprechen <b>teilweise den körperlichen Fähigkeiten</b> , dieses zeigt sich in Form von <b>stark veränderten Vitalparametern und/oder Schmerzen</b> nach der Körperpflegeaktivität	Die <b>erwarteten körperlichen Anforderungen</b> durch die Körperpflegeaktivität entsprechen <b>nicht körperlichen Fähigkeiten</b> , dieses zeigt sich in Form von <b>stark veränderten Vitalparametern mit Grenzwertüberschreitungen und/oder Schmerzen</b> , die <b>Körperpflegeaktivität</b> musste (mehrmals) <b>unterbrochen</b> werden	Die <b>erwarteten körperlichen Anforderungen</b> durch die Körperpflegeaktivität <b>übersteigen die körperlichen Fähigkeiten</b> , dieses zeigt sich in Form Kreislaufkollaps, respiratorische Insuffizienz oder anderweitigen Krisen, die <b>Körperpflegeaktivitäten können nicht wie geplant fortgesetzt</b> werden

Tabelle 7: 5er-Skalierung der ENP<sup>®</sup>-Ziele aus der Kategorie „Den Fähigkeiten angepasste Anforderungen“

Derzeit sind von den ENP<sup>®</sup>-Pflegezielen 50 differenzierte Bewertungsskalen entwickelt. An der weiteren Überführung der ENP<sup>®</sup>-Pflegeziele in operationalisierte Items wird kontinuierlich gearbeitet. Ziel ist es, weitere Ergebnisindikatoren zu entwickeln, die als Selbstbewertungsinstrument für den Patienten/Bewohner als auch als Messinstrument für die Pflegepersonen dienen soll. Die bisher entwickelten Ergebnisindikatoren sind in der Software oder Datenbank verfügbar. Eine eigene Buchveröffentlichung ist geplant.

Damit eine einheitliche Bewertung der Zielerreichung im Pflgeteam möglich wird, ist die Diskussion der Zielerreichung mit dem Patienten und/oder im Team wichtig. Gerade Zielformulierungen, wie z. B. „*Nimmt unaufgefordert an Gruppenaktivitäten teil*“, unterliegen einer gewissen Subjektivität.

### **Syntax der ENP<sup>®</sup>-Pflegeziel**

Die Pflegeziele stellen syntaktisch entweder vollständige Sätze dar, die aus einem Subjekt und einem Prädikatsverband (der Prädikat, Objekt(e) und/oder Ergänzung(en) beinhalten kann) bestehen und zudem in der Regel im Aktiv stehen. Oder sie sind Ellipsen bestehend aus Prädikat, Objekt(en) und/oder Ergänzung(en) oder nur aus Begriffen. Diese unvollständigen Sätze beziehen sich immer auf das Subjekt der Pflegediagnose. Z. B.: *Selbstständigkeit ist gefördert* und *Äußert Gefühl der Sicherheit bei den täglichen Aktivitäten*.

## **5.6 Definition: ENP<sup>®</sup>-Pflegeinterventionen**

Pflegeinterventionen in ENP<sup>®</sup> sind alle Handlungen im Kontext der Patientenversorgung, die durch Pflegepersonen auf Grundlage des pflegediagnostischen Prozesses durchgeführt werden.

Eine ENP<sup>®</sup>-Pflegeintervention ist wie folgt definiert:

*Eine ENP<sup>®</sup>-Pflegeintervention ist der sprachliche Ausdruck für ein Interventionskonzept. Die Interventionskonzepte sind abstrakte Formulierungen von Pflegehandlungen, die aus zahlreichen Teilschritten bestehen. Die ENP<sup>®</sup>-Pflegeinterventionskonzepte können sich auf direkte, indirekte oder administrative Pflegehandlungen beziehen, die zur Zielerreichung auf der Grundlage klinischer Entscheidungsprozesse und pflegerischen Fachwissens durch Pflegenden eingeleitet und durchgeführt werden.*

Zur Verdeutlichung ein Beispiel: Die Pflegehandlung „30°-Lagerung nach Seiler durchführen“ besteht aus zahlreichen einzelnen Teilhandlungen, die jeder Pflegenden bekannt sind. Diese Teilinterventionen beginnen z. B. mit der Händedesinfektion, der Materialvorbereitung usw., der Patientenbegrüßung, Information des Patienten, dem eigentlichen Lagerungsvorgang, der sich wiederum in zahlreichen Einzelschritten beschreiben lässt (z. B. Kopfteil flach stellen, Kopfkissen entfernen usw.) und endet mit der Vergewisserung, dass der Patient nach der Lagerungsdurchführung keinen weiteren Wunsch hat und z. B. die Glocke erreichbar ist. Die einzelnen Handlungsschritte der in ENP<sup>®</sup> formulierten Pflegeintervention sind nicht beschrieben, sondern sind im Rahmen der Kranken-/Altenpflegeausbildung konzeptualisiert worden. Für die Pflegeprozessdokumentation ist es auch nicht sinnvoll, die einzelnen Handlungsschritte eines Interventionskonzeptes ausformuliert in die Patientenakte zu übernehmen.

Es gibt Pflegeinterventionen, die direkt am und mit dem Patienten durchgeführt werden (z. B. Ganzkörperwaschung durchführen), und Handlungen, die indirekt für den Patienten durchgeführt werden (z. B. Medikamente stellen). Darüber hinaus gibt es noch zahlreiche administrative Pflegeinterventionen, wie z. B. ein *Assessment zur Risikoeinschätzung durchführen*.

## Syntax der ENP<sup>®</sup>-Pflegeinterventionen

Die Pflegeinterventionen stehen in der Regel im Imperativ und beschreiben Anweisungen oder Aufforderungen zu Handlungen, die in der Regel im Aktiv stehen. Syntaktisch sind es Ellipsen bestehend aus Prädikat, Objekt(en) und/oder Ergänzung(en), wobei das Prädikat häufig aus Infinitivkonstruktionen besteht. Diese unvollständigen Sätze beziehen sich immer auf das Subjekt der auszuführenden Handlung. Z. B.: *Themenzentriertes therapeutisches Pflegefachgespräch führen* oder *Belastungsreduzierende, schonende Bewegungstechniken einsetzen*.

## 5.7 Interventionsspezifikation

In dem Lehrbuch „Pflege Heute“ wird gefordert, dass die schriftlich formulierten Pflegeinterventionen Antwort auf die „W-Fragen“ geben müssen. Diese sind: „Wer macht wann, was, wie, womit?“ Aus diesen Forderungen an die Formulierung der Pflegeintervention kann abgeleitet werden, dass Pflegeinterventionskonzepte handlungsweisenden Charakter haben sollen. Dieser Anforderung an die Formulierungen wird in ENP<sup>®</sup> durch die Interventionsspezifikationen Rechnung getragen.

ENP<sup>®</sup>-Interventionsspezifikationen sind wie folgt definiert:

*ENP<sup>®</sup>-Interventionsspezifikationen sind ergänzende Detailinformationen, die sich auf die Pflegeintervention beziehen. Diese können folgende Dimensionen beinhalten: Detailbeschreibung der Pflegeinterventionen, Unterstützungsgrad der Pflegenden bei der Durchführung der Intervention, Häufigkeit und geplante Uhrzeit der Interventionen, zeitliche Abstände der Pflegemaßnahmen, verwendete Pflegeprodukte und Hilfsmittel, Reihenfolge von vernetzten Maßnahmen, Topologie, Orts- oder Wegangaben sowie Mengenangaben, Anzahl benötigter Pflegepersonen zur adäquaten Durchführung der Pflegeintervention.*

## 5.8 Normative Zeitwerte

In ENP<sup>®</sup> sind die normativen Zeitwerte ebenfalls an die Pflegeinterventionen gebunden und werden fallbezogen summiert. Zur Vermeidung von ungünstigen Kumulationen sind Algorithmen hinterlegt. Die Zeitwerte sind Schätzwerte, die in einem über Jahre währenden empirischen Prozess mit Pflegenden ausgehandelt wurden.

Die hinterlegten normativen Zeitwerte sind durch den Kontextbezug zur Pflegediagnose gewichtet. So sind bei demenzten Patienten/Bewohnern bei der Ganzkörperwaschung andere Zeitwerte hinterlegt, als bei einer Ganzkörperwaschung, wie sie bspw. bei einem Patienten, der aufgrund körperlicher Schwäche die Körperpflege nicht selbstständig durchführen kann, erfolgt.

Der Prozess der Zeitwerthinterlegung hat bereits 1996 begonnen und wurde mit der ersten Softwareanwendung im Feld kontinuierlich in Fokusgruppen mit Pflegenden justiert. Durch eigene Zeitwertmessungen im Rahmen von Forschungsarbeiten wurden ebenfalls weitere Justierungen der Zeitwerte vorgenommen. Bei der Verknüpfung von LEP-Nursing 3 und ENP<sup>®</sup>-Interventionen in 2004 fiel auf, dass die hinterlegten Zeitwerte zu einem hohen Anteil korrespondieren.

# Kontakt

RECOM GmbH & Co. KG – Pflege Competence Centrum

---



RECOM GmbH & Co. KG  
Pflege Competence Centrum  
Falterstraße 17  
85107 Baar-Ebenhausen  
Deutschland

Telefon +49 (0)8453 339968-4  
Telefax +49 (0)8453 332717  
E-Mail: [info@recom-verlag.de](mailto:info@recom-verlag.de)



[www.recom-verlag.de](http://www.recom-verlag.de)

Knowledge  
for **Healthcare**  
is our Business

